

Factores de Riesgo y Protección en Atención Temprana

Actividad 2 - Atención Temprana y Orientación Familiar

Juan Marcos García Aranzábal

3 de noviembre de 2025

Introducción

La identificación temprana de factores de riesgo y protección constituye uno de los pilares fundamentales de la Atención Temprana (AT). Como señalan Ibáñez **and** Mudarra [7], la detección precoz de situaciones de riesgo biológico, psicológico o social permite implementar intervenciones preventivas que pueden modificar significativamente las trayectorias de desarrollo de niños y niñas en situación de vulnerabilidad.

El modelo de Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) [5, 4] establece un marco sistemático de tres niveles para la evaluación e intervención: el Nivel I corresponde a los factores de riesgo, el Nivel II a los trastornos del desarrollo, y el Nivel III a la intervención. Este modelo refleja la evolución desde concepciones centradas exclusivamente en el déficit hacia enfoques más comprehensivos que incorporan tanto factores de riesgo como factores protectores [3].

El presente trabajo presenta una síntesis visual (infografía) de los principales factores de riesgo y protección identificados en la literatura científica y en los documentos de referencia en AT, seguida de una reflexión crítica sobre su relevancia para la práctica profesional. Este análisis se fundamenta en el modelo ecológico de Bronfenbrenner [1] y en el modelo transaccional del desarrollo [12], que enfatizan la interacción dinámica entre el niño y sus múltiples contextos de desarrollo.

Infografía: Factores de Riesgo y Protección en AT

[NOTA: La infografía visual se presentaría aquí como imagen o en formato interactivo. Para este documento PDF, se presenta el contenido en formato esquemático]

Factores de Riesgo

Riesgo Biológico

Según Grupo de Atención Temprana (GAT) [5] y Ibáñez **and** Mudarra [7, 29 y ss.], constituyen situaciones que pueden comprometer el desarrollo del sistema nervioso central:

Prenatales:

- Edad materna extrema (< 18 años o > 40 años)
- Enfermedades maternas crónicas (diabetes, hipertensión)
- Infecciones intrauterinas (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes, VIH)
- Consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, tabaco)
- Malnutrición materna severa
- Exposición a teratógenos (radiaciones, medicamentos)
- Antecedentes de abortos o pérdidas gestacionales

Perinatales:

- Prematuridad (< 37 semanas de gestación, especialmente < 32 semanas)
- Bajo peso al nacer (< 2.500 gr, especialmente < 1.500 gr)
- Pequeño para edad gestacional (PEG)
- Asfixia perinatal, hipoxia-isquemia
- Hiperbilirrubinemia severa (niveles que requieren exanguinotransfusión)
- Convulsiones neonatales
- Hemorragia intracranial
- Sepsis neonatal
- Hospitalización prolongada en UCIN (> 28 días)
- Ventilación mecánica prolongada

Postnatales:

- Traumatismos craneoencefálicos
- Infecciones del SNC (meningitis, encefalitis)
- Intoxicaciones
- Malnutrición severa
- Procesos oncológicos que afectan al SNC

Factores genéticos:

- Antecedentes familiares de trastornos del desarrollo
- Síndromes genéticos diagnosticados o sospechados
- Errores innatos del metabolismo
- Consanguinidad parental

Riesgo Ambiental/Social

Ibáñez **and** Mudarra [7, pages 30–31] y Grupo de Atención Temprana (GAT) [5] identifican condiciones del contexto familiar y social que comprometen el desarrollo óptimo:

Factores económicos:

- Pobreza extrema o persistente
- Desempleo parental prolongado
- Carencia de recursos básicos (vivienda, alimentación, higiene)
- Exclusión social

Factores familiares:

- Bajo nivel educativo parental (especialmente madre sin estudios primarios)
- Enfermedad mental parental severa
- Discapacidad intelectual de los progenitores
- Drogodependencias o alcoholismo parental
- Violencia intrafamiliar o de pareja
- Negligencia o maltrato infantil (físico, emocional, sexual)
- Familia multiproblemática con múltiples factores de riesgo
- Ausencia de figura de apego estable
- Institucionalización del niño

- Familia monoparental sin apoyo social
- Embarazo no deseado o rechazo del niño

Factores sociales:

- Inmigración con dificultades severas de adaptación
- Aislamiento social de la familia
- Ausencia de red de apoyo social
- Marginalidad social
- Entorno comunitario desfavorecido o peligroso
- Falta de acceso a servicios básicos (sanitarios, educativos)

Riesgo Establecido

Grupo de Atención Temprana (GAT) [5] define el riesgo establecido como la presencia de trastornos del desarrollo ya diagnosticados:

Trastornos motores:

- Parálisis cerebral infantil
- Mielomeningocele
- Distrofias musculares
- Ataxias

Trastornos sensoriales:

- Sordera profunda o severa bilateral
- Ceguera o deficiencia visual severa
- Sordo-ceguera

Trastornos cognitivos:

- Discapacidad intelectual
- Síndromes genéticos con afectación cognitiva (Síndrome de Down, X Frágil, etc.)

Trastornos del espectro autista (TEA)

Trastornos del lenguaje y comunicación severos

Trastornos metabólicos:

- Fenilcetonuria
- Hipotiroidismo congénito
- Otros errores innatos del metabolismo

Factores de Protección

Siguiendo a Ibáñez **and** Mudarra [7], Masten [8] y Rutter [11], los factores protectores son aquellos que reducen la probabilidad de desarrollar problemas o amortiguan el impacto de los factores de riesgo:

Factores Personales del Niño/a

Características temperamentales:

- Temperamento fácil y adaptable
- Capacidad de autorregulación emocional
- Buen nivel de actividad
- Ritmos biológicos regulares (sueño, alimentación)

Características cognitivas:

- Inteligencia dentro de límites normales o superior
- Buenas habilidades de resolución de problemas
- Capacidad de planificación
- Creatividad

Características socioemocionales:

- Habilidades sociales adecuadas
- Capacidad empática
- Autoestima positiva
- Locus de control interno
- Sentido del humor
- Capacidad de resiliencia

Características físicas:

- Buena salud física general

- Desarrollo motor adecuado
- Apariencia física valorada positivamente

Factores Familiares

Vínculo de apego:

- Apego seguro con al menos una figura estable [3]
- Relación cálida y afectuosa con cuidadores
- Disponibilidad emocional parental
- Responsividad adecuada a las necesidades del niño

Competencias parentales:

- Prácticas educativas positivas y coherentes
- Supervisión adecuada sin sobreprotección
- Expectativas realistas sobre el desarrollo
- Capacidad de resolución de problemas
- Capacidad de buscar ayuda cuando es necesaria
- Conocimientos sobre desarrollo infantil [10]

Características de la familia:

- Cohesión y estabilidad familiar
- Comunicación abierta y afectiva
- Organización familiar adecuada
- Rituales y rutinas familiares predecibles
- Relaciones positivas entre hermanos
- Recursos económicos suficientes
- Nivel educativo parental medio-alto
- Salud física y mental de los progenitores
- Ausencia de consumo de sustancias

Red de apoyo:

- Apoyo de familia extensa
- Red de amistades de la familia
- Apoyo de pareja/coparental

- Percepción de apoyo social

Factores Sociales/Comunitarios

Acceso a servicios:

- Acceso temprano a servicios de AT de calidad [6]
- Atención sanitaria universal y de calidad
- Servicios sociales de apoyo disponibles
- Seguimiento de niños de riesgo por servicios pediátricos

Recursos educativos:

- Escuela infantil de calidad (0-3 años)
- Programas de educación parental accesibles
- Bibliotecas, ludotecas, recursos comunitarios
- Actividades extraescolares enriquecedoras

Entorno comunitario:

- Barrio seguro y cohesionado
- Espacios de juego y recreo accesibles
- Vecindario con valores prosociales
- Bajo nivel de violencia comunitaria
- Integración social de la familia
- Recursos culturales y deportivos

Redes de apoyo asociativas:

- Asociaciones de familias con hijos con discapacidad
- Grupos de apoyo mutuo
- Organizaciones comunitarias
- Voluntariado y redes solidarias

Reflexión sobre la Relevancia de los Factores de Riesgo y Protección

El Modelo Ecológico como Marco de Comprensión

La reflexión sobre los factores de riesgo y protección debe partir del reconocimiento de que el desarrollo humano es un proceso complejo, resultado de la interacción dinámica entre el niño y sus múltiples contextos [1]. El modelo ecológico nos permite comprender que ningún factor opera aisladamente, sino que es la configuración específica de múltiples factores en diferentes niveles (microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema) lo que determina las trayectorias de desarrollo.

Esta perspectiva ecológica tiene implicaciones fundamentales para la AT: no podemos limitarnos a intervenir sobre el niño de forma aislada, sino que debemos trabajar con todo el sistema familiar y social en el que está inserto. Como señalan Ibáñez **and** Mudarra [7], la familia no es solo contexto, sino agente activo de la intervención y principal factor protector para el desarrollo del niño.

Acumulación de Riesgos y Modelo Transaccional

Uno de los hallazgos más consistentes de la investigación sobre factores de riesgo es el **efecto de acumulación**: no es tanto la presencia de un factor de riesgo específico, sino la acumulación de múltiples factores lo que compromete seriamente las trayectorias de desarrollo [12, 9].

Por ejemplo, un niño nacido prematuramente (riesgo biológico) pero en una familia con buenos recursos socioeconómicos, alto nivel educativo, apoyo social y acceso temprano a servicios de calidad tiene un pronóstico mucho más favorable que un niño con el mismo nivel de prematuridad pero en una familia en situación de pobreza, con bajo nivel educativo, aislamiento social y sin acceso a AT [6].

El modelo transaccional [12] enfatiza que el desarrollo no es resultado de una simple suma de factores, sino de **transacciones continuas** entre el niño y su entorno. Un niño con temperamento difícil (factor de riesgo personal) puede evolucionar muy negativamente si encuentra cuidadores con escasas competencias parentales y altos niveles de estrés, o

muy positivamente si encuentra cuidadores con alta capacidad de regulación emocional, conocimientos sobre desarrollo infantil y apoyo social.

Esta perspectiva transaccional tiene una implicación crucial: **nunca es demasiado tarde para intervenir**, ya que modificando el entorno y las interacciones podemos modificar las trayectorias de desarrollo incluso cuando existen importantes factores de riesgo biológico.

Resiliencia y el Papel de los Factores Protectores

La investigación sobre resiliencia [8, 11, 14] ha demostrado que incluso en condiciones de adversidad significativa, muchos niños logran desarrollarse adecuadamente cuando están presentes ciertos factores protectores. Masten [8] habla de “magia ordinaria” (*ordinary magic*) para referirse al hecho de que la resiliencia no requiere cualidades extraordinarias, sino el funcionamiento adecuado de los sistemas de protección humanos básicos: relaciones de apego seguro, inteligencia y habilidades de resolución de problemas, sistemas de autorregulación emocional, y motivación para aprender y participar en el entorno.

Esta perspectiva es fundamental para la AT porque significa que **nuestra misión no es solo prevenir o tratar déficits, sino potenciar fortalezas y crear entornos protectores**. Como señala Grupo de Atención Temprana (GAT) [3], la AT debe orientarse tanto a atender las necesidades especiales del niño como a apoyar las competencias de la familia y el entorno.

Los factores protectores más relevantes identificados en la investigación son:

1. **El apego seguro** con al menos una figura de cuidado estable y sensible. Este es probablemente el factor protector más potente identificado [11]. Un niño que experimenta una relación de apego seguro desarrolla modelos internos de relación positivos, capacidad de autorregulación emocional y confianza básica que le protegen frente a múltiples adversidades.
2. **Las competencias parentales**, incluyendo conocimientos sobre desarrollo infantil, prácticas educativas positivas, expectativas realistas y capacidad de buscar apoyo [10]. La AT debe priorizar el fortalecimiento de estas competencias parentales.
3. **El acceso temprano a servicios de AT de calidad** [6]. La evidencia muestra

que cuanto más temprana es la intervención, mayores son los beneficios, debido a la mayor plasticidad cerebral en los primeros años de vida.

4. **La red de apoyo social**, tanto informal (familia extensa, amistades) como formal (servicios profesionales, asociaciones). Las familias que se sienten apoyadas manejan mejor el estrés y son más capaces de responder adecuadamente a las necesidades de sus hijos [2].

Tipos de Riesgo: Especificidad e Interacción

La clasificación de factores de riesgo en biológicos, ambientales/sociales y establecidos [5] es útil desde el punto de vista organizativo, pero debemos evitar concebirlos como categorías estancas. En la práctica clínica observamos constantemente la **interacción entre diferentes tipos de riesgo**:

- El riesgo biológico (por ejemplo, prematuridad extrema) genera estrés parental, que puede afectar la calidad de las interacciones tempranas (riesgo ambiental secundario).
- El riesgo ambiental (por ejemplo, pobreza extrema) aumenta la probabilidad de malnutrición materna, consumo de sustancias, falta de seguimiento prenatal, todo lo cual incrementa el riesgo biológico.
- El riesgo establecido (por ejemplo, un síndrome genético con afectación cognitiva) puede generar rechazo o sobreprotección parental si la familia no recibe apoyo adecuado, lo que constituye riesgo ambiental añadido.

Esta interacción entre tipos de riesgo refuerza la necesidad de **intervenciones integrales y coordinadas** entre diferentes servicios (sanitarios, sociales, educativos) [4]. Un niño con riesgo biológico necesita seguimiento pediátrico especializado, pero también necesita que su familia reciba apoyo emocional, información adecuada y orientación para potenciar su desarrollo.

Detección Precoz y Prevención

La identificación temprana de factores de riesgo es fundamental para implementar intervenciones preventivas. Ibáñez **and** Mudarra [7, pages 29–32] enfatizan la

importancia de los programas de seguimiento de niños de riesgo desde el ámbito sanitario (seguimiento de prematuros, bajo peso, complicaciones perinatales) y la necesidad de protocolos de derivación eficaces entre servicios sanitarios y servicios de AT.

Podemos distinguir tres niveles de prevención:

Prevención primaria: Dirigida a toda la población para reducir la incidencia de factores de riesgo. Incluye programas de salud materno-infantil, programas de apoyo a la parentalidad positiva, campañas sobre riesgos del alcohol y tabaco en embarazo, etc.

Prevención secundaria: Dirigida a poblaciones de riesgo identificadas para evitar que los factores de riesgo deriven en trastornos. Incluye el seguimiento de niños prematuros, programas de visitas domiciliarias a familias en riesgo psicosocial, etc. Este es el ámbito prioritario de la AT.

Prevención terciaria: Dirigida a niños con trastornos ya establecidos para minimizar sus consecuencias y prevenir trastornos secundarios. Corresponde a la intervención en el Nivel II y III de ODAT [5, 4].

La eficacia de la prevención secundaria depende críticamente de la calidad de los **sistemas de detección precoz**. Grupo de Atención Temprana (GAT) [5] propone el uso del Nivel I de ODAT como herramienta de screening que permite identificar sistemáticamente factores de riesgo en diferentes ámbitos (hospitales, centros de salud, servicios sociales, escuelas infantiles).

Factores Modificables vs. No Modificables

Desde la perspectiva de la intervención profesional, es crucial diferenciar entre factores modificables y no modificables:

Factores no modificables o difícilmente modificables:

- Prematuridad extrema ya ocurrida
- Síndromes genéticos
- Daño neurológico establecido
- Antecedentes familiares genéticos
- (En menor medida) Pobreza estructural, que requiere intervenciones de política social más allá del ámbito de AT

Factores modificables con intervención adecuada:

- Competencias parentales
- Calidad de las interacciones familia-niño
- Acceso a estimulación adecuada
- Red de apoyo social
- Acceso a servicios
- Conocimientos familiares sobre desarrollo
- Estrés parental
- Aislamiento social

Esta distinción no implica resignación ante factores no modificables, sino **focalización de esfuerzos** en aquellos aspectos donde nuestra intervención puede ser más efectiva. Por ejemplo, no podemos “curar” el síndrome de Down, pero sí podemos potenciar enormemente el desarrollo del niño trabajando sobre factores modificables: apoyando las competencias parentales, facilitando acceso a estimulación temprana de calidad, fortaleciendo la red de apoyo familiar, etc.

El Papel Central de la Familia como Factor Protector

Como ya se desarrolló en la Actividad 1, la familia constituye el principal factor protector o de riesgo para el desarrollo infantil [3, 7]. Las características de la familia pueden:

- **Amplificar el impacto de riesgos biológicos:** Un niño prematuro en una familia con escasos recursos, bajo nivel educativo y sin apoyo tiene pronóstico mucho más desfavorable.
- **Amortiguar el impacto de riesgos biológicos:** El mismo niño prematuro en una familia con recursos, competencias parentales y apoyo puede tener desarrollo muy favorable.
- **Constituir en sí mismas riesgo ambiental:** Negligencia, maltrato, drogodependencias, enfermedad mental parental sin tratamiento.
- **Constituir el principal factor protector:** Apego seguro, competencias parentales, estimulación adecuada.

Por ello, desde la perspectiva de AT centrada en la familia, nuestra intervención debe

orientarse prioritariamente a **fortalecer las competencias y recursos familiares**, no a sustituirlos. Una familia competente y bien apoyada es el mejor garante del desarrollo óptimo del niño a largo plazo [6].

Esto implica:

- Evaluación comprehensiva de fortalezas y necesidades familiares, no solo del niño
- Intervenciones que respeten las prioridades familiares
- Fortalecimiento del apego y de las interacciones positivas
- Conexión de la familia con redes de apoyo formales e informales
- Capacitación parental en estrategias de estimulación en rutinas cotidianas
- Apoyo emocional a la familia en el proceso de adaptación

Relevancia de los Factores Sociales y Comunitarios

El modelo ecológico [1] nos recuerda que el desarrollo infantil está inserto en capas de contexto cada vez más amplias. Los factores del exosistema (servicios comunitarios, recursos del barrio) y del macrosistema (políticas sociales, valores culturales) tienen impacto indirecto pero significativo.

La disponibilidad de **servicios de AT universales y de calidad** constituye en sí misma un factor protector a nivel comunitario [15]. Los países con sistemas de AT bien desarrollados muestran mejores resultados en el desarrollo infantil de poblaciones de riesgo.

Igualmente, factores como la **escuela infantil de calidad** (0-3 años) han demostrado ser factores protectores significativos, especialmente para niños de entornos desfavorecidos. La escuela infantil de calidad proporciona estimulación cognitiva, social y lingüística que puede compensar parcialmente déficits del entorno familiar [13].

Las **asociaciones de familias** constituyen otro factor protector relevante, proporcionando apoyo emocional mutuo, información, advocacy por los derechos de sus hijos, y reducción del aislamiento social que frecuentemente experimentan familias con hijos con discapacidad.

Implicaciones para la Práctica Profesional del Orientador

El análisis de factores de riesgo y protección tiene implicaciones directas para nuestra práctica como orientadores en el ámbito de AT:

Evaluación Comprehensiva

Debemos realizar evaluaciones que vayan más allá del diagnóstico del niño e incluyan sistemáticamente:

- Identificación de factores de riesgo biológico, ambiental y establecido
- Identificación de factores protectores personales, familiares y sociales
- Análisis de la interacción entre factores de riesgo y protección
- Uso de herramientas estructuradas como ODAT Nivel I [5]

Intervención Orientada a Potenciar Factores Protectores

Nuestra intervención debe orientarse tanto a minimizar el impacto de factores de riesgo como, sobre todo, a **potenciar factores protectores**:

- Fortalecimiento del apego y las relaciones familiares positivas
- Desarrollo de competencias parentales
- Conexión con redes de apoyo (familia extensa, grupos de apoyo, asociaciones)
- Facilitación del acceso a recursos comunitarios
- Promoción de la escolarización temprana en centros de calidad

Coordinación Intersectorial

Dado que factores de riesgo y protección se sitúan en diferentes niveles del sistema ecológico, la intervención efectiva requiere **coordinación entre diferentes servicios**:

- Coordinación con servicios sanitarios (pediatría, neonatología) para seguimiento de niños de riesgo biológico
- Coordinación con servicios sociales para familias en riesgo psicosocial
- Coordinación con escuelas infantiles
- Conexión con recursos comunitarios (centros de salud, asociaciones, servicios municipales)

Prevención y Detección Precoz

Como orientadores, debemos contribuir a:

- Programas de detección precoz de factores de riesgo en diferentes ámbitos
- Formación de otros profesionales (pediatras, educadores infantiles, trabajadores sociales) en identificación de señales de alarma
- Sensibilización social sobre la importancia de la AT
- Advocacy por políticas que reduzcan factores de riesgo y potencien factores protectores (políticas de conciliación, permisos parentales, servicios de AT universales, etc.)

Enfoque de Fortalezas

Frente a modelos centrados exclusivamente en déficits, el análisis de factores de riesgo y protección nos orienta hacia un **enfoque de fortalezas**: identificar y potenciar las competencias existentes en el niño, la familia y el entorno, no solo intentar “reparar” lo que no funciona.

Este cambio de mirada es fundamental: una familia que se siente reconocida en sus fortalezas, no solo señalada en sus déficits, es una familia más receptiva a la intervención, más capaz de desarrollar nuevas competencias, y más resiliente frente a las adversidades [2].

Conclusiones

El análisis de factores de riesgo y protección en AT nos conduce a varias conclusiones fundamentales para la teoría y la práctica profesional:

1. **El desarrollo infantil es resultado de transacciones complejas** entre múltiples factores personales, familiares y sociales. No podemos comprender el desarrollo del niño sin comprender su sistema ecológico completo.
2. **La acumulación de riesgos** tiene efectos más deletéreos que cualquier factor aislado. Debemos estar especialmente atentos a familias con múltiples factores de riesgo concurrentes.

3. Los factores protectores pueden amortiguar significativamente el impacto de factores de riesgo, especialmente cuando se refieren al apego seguro, competencias parentales y acceso a servicios de calidad. La resiliencia es posible incluso en condiciones de adversidad significativa.
4. La familia constituye el principal factor protector o de riesgo. Por ello, la AT debe centrarse en fortalecer las competencias familiares, no en sustituirlas.
5. La detección precoz y la intervención temprana son fundamentales. Cuanto antes identifiquemos factores de riesgo e implementemos intervenciones que potencien factores protectores, mejores serán los resultados a largo plazo.
6. La intervención efectiva requiere coordinación intersectorial entre servicios sanitarios, sociales y educativos. Ningún servicio aislado puede abordar la complejidad de factores que influyen en el desarrollo infantil.
7. El enfoque debe ser de fortalezas, no solo de déficits. Identificar y potenciar las competencias existentes es tan importante como prevenir o intervenir sobre los problemas.

Como profesionales de la orientación en el ámbito de AT, tenemos la responsabilidad de aplicar estos conocimientos para diseñar evaluaciones comprehensivas e intervenciones que, trabajando sobre factores modificables y potenciando factores protectores, maximicen las posibilidades de desarrollo óptimo de todos los niños, especialmente aquellos en situación de mayor vulnerabilidad.

El modelo ODAT [5, 4] nos proporciona un marco sistemático para organizar esta tarea, pero debe ser complementado con una comprensión profunda de los modelos ecológicos y transaccionales del desarrollo, y con un compromiso ético con la equidad y los derechos de todos los niños y familias.

Referencias

- [1] Urie Bronfenbrenner. “The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design”. in(1979).

- [2] Carl J. Dunst, Carol M. Trivette **and** Deborah W. Hamby. “Opportunity to participate and professional support scale”. **in***Bridges Practice-Based Research Syntheses*: 1.2 (2002), **pages** 1–3.
- [3] Grupo de Atención Temprana (GAT). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2000.
- [4] Grupo de Atención Temprana (GAT). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) - Nivel III: Intervención*. SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011. URL: <https://www.siis.net/docs/ficheros/ODAT%20-%20Nivel%20III.pdf>.
- [5] Grupo de Atención Temprana (GAT). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) - Niveles I y II*. Real Patronato sobre Discapacidad, 2004. URL: <https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/odat.pdf>.
- [6] Michael J. Guralnick. “Why early intervention works: A systems perspective”. **in***Infants and Young Children*: 24.1 (2011), **pages** 6–28.
- [7] Pilar Ibáñez **and** María José Mudarra. *Atención Temprana y Orientación Familiar*. Madrid: UNED, 2014.
- [8] Ann S. Masten. “Ordinary magic: Resilience processes in development”. **in***American Psychologist*: 56.3 (2001), **pages** 227–238.
- [9] Rena L. Repetti, Shelley E. Taylor **and** Teresa E. Seeman. “Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring”. **in***Psychological Bulletin*: 128.2 (2002), **pages** 330–366.
- [10] María José Rodrigo, María Luisa Máiquez **and** Juan Carlos Martín. *La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias, 2010.
- [11] Michael Rutter. “Implications of resilience concepts for scientific understanding”. **in***Annals of the New York Academy of Sciences*: 1094.1 (2006), **pages** 1–12.
- [12] Arnold Sameroff. “The Transactional Model”. **in***The Transactional Model of Development: How Children and Contexts Shape Each Other*: (2009).
- [13] Jack P. Shonkoff **and** Andrew S. Garner. “The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress”. **in***Pediatrics*: 129.1 (2012), e232–e246.
- [14] Emmy E. Werner **and** Ruth S. Smith. “Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery”. **in**(2000).

- [15] World Health Organization. *Early Childhood Development and Disability: A Discussion Paper*. Geneva: WHO, 2012.